FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N° 556

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 16 Juillet à 1 heure

PAR

Lucien RENAUD

Né à La Rochelle (Charente Inférieure) le 27 Février 1875

DE

l'Arthrite cervicale rhumatismale

CHEZ L'ENFANT

Président : M. LE DENTU, *professeur*

Juges { MM. SCHWARTZ, *professeur*
QUÉNU ET WALLICH, *agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

—

1901

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 16 Juillet à 1 heure

PAR

Lucien RENAUD

Né à La Rochelle (Charente Inférieure) le 27 Février 1875

DE

l'Arthrite cervicale rhumatismale

CHEZ L'ENFANT

Président : M. LE DENTU, *professeur*

Juges { MM. SCHWARTZ, *professeur*
QUÉNU ET WALLICH, *agrégés*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE

L. BOYER

15, rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales. . . .	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie . .	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée. . . .	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux . .	RAYMOND.
Clnique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires . .	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA TOURETTE	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	HARTMANN	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HEIM	MERY	WALLICH
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ
DESGREZ			

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien de l'hôpital Necker
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

De l'Arthrite cervicale rhumatismale
CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

La question du torticolis cervical vient de prendre, dans ces dernières années, et surtout dans ces derniers mois, une actualité qui nous a engagé, après bien d'autres, mais sur des données peut-être un peu nouvelles, à essayer de présenter dans notre thèse inaugurale un travail d'ensemble qui, tenant compte d'une part des travaux anciens, et de l'autre des conceptions récentes, pût devenir en quelque sorte une étape dans l'histoire de cette affection.

Notre maître, M. le professeur Lannelongue, avait à plusieurs reprises, dans ses cliniques, attiré l'attention sur l'importance de cette affection et sur la conception souvent erronée qu'on se faisait de sa pathogénie. En parlant ainsi, il ne faisait que répéter une doctrine qu'il avait été le premier à soutenir depuis de longues années déjà. Dès 1894, il profes-

sait la rareté, sinon la non-existence du torticolis musculaire d'origine rhumatismale et enseignait que cette affection, très mal nommée, était due à une arthrite rhumatismale cervicale, dont le siège varie, mais se trouve toujours localisé à plusieurs vertèbres de la région du cou.

Cette opinion de M. le professeur Lannelongue s'est trouvée depuis corroborée par celles de plusieurs maîtres, et l'on peut dire que de plus en plus la tendance s'accuse, d'attribuer à l'arthrite les phénomènes jadis catalogués sous le nom de « torticolis musculaire rhumatismal ».

C'est donc pour mettre au point ces notions un peu nouvelles, qu'après avoir eu l'occasion, dans le service de M. le professeur Lannelongue, d'étudier plusieurs cas de torticolis soit-disant rhumatismal et nettement liés à une arthrite de la région, nous avons entrepris ce travail. Des observations inédites serviront de base à notre étude.

Qu'il nous soit permis, à la fin de nos études, d'adresser tous nos remerciements et l'assurance de notre profonde reconnaissance à tous les maîtres dont les leçons nous ont été si utiles.

M. le professeur Lannelongue a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, qu'il nous permette de lui adresser l'expression de nos plus sincères remerciements.

Que M. le professeur Terrier, M. M. Fernet, Bon-

naire, Gouraud, dont nous avons été l'élève, veuillent bien accepter l'assurance de toute notre gratitude.

A M. le professeur Le Dentu, qui veut bien nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous adressons tous nos plus vifs remerciements.

Enfin M. le Dr Mayet nous a fourni pour notre thèse d'utiles conseils et nous a toujours montré la plus grande bienveillance, nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

HISTORIQUE

On décrit sous le nom de « torticolis » les attitudes vicieuses temporaires ou permanentes de la tête, qui s'incline sur l'une ou l'autre épaule, en subissant un mouvement de rotation plus ou moins prononcé.

Les anciens ne s'en étaient pas occupés et il faut arriver jusqu'au milieu du XVIIe siècle pour trouver une première observation de torticolis. Elle est due à Tulpius, célèbre médecin d'Amsterdam, qui publia la guérison d'un enfant de 12 ans qui, depuis son enfance, avait la tête tournée vers l'épaule gauche par la rétraction du muscle scalène. Tous les auteurs qui s'occupent du torticolis dans la suite, l'attribuent à la contracture du sterno-cléido-mastoïdien ; tous pratiquent la myotomie ou la ténotomie et lorsque Dupuytren invente la section sous-cutanée du sterno-cléido-mastoïdien, la théorie est admise sans conteste.

Quelques auteurs signalent cependant des cas de

torticolis produits, selon eux, par la contracture d'autres muscles, le peaucier, le trapèze, le splénius, etc..... Mais en tous cas, c'est toujours dans les muscles du cou que l'on place la cause et le siège de l'affection ; pour tous, le torticolis aigu est un rhumatisme musculaire.

Quelques monographies sur le torticolis font cependant une petite place au torticolis articulaire. Delpech, le premier, dit que « dans les cas qu'il a observés, la maladie avait été confondue avec un état morbifique du muscle sterno-mastoïdien » mais que « la tête étant tournée du côté de la douleur et inclinée du côté opposé, il est évident que les directions de la tête et du cou provenaient de l'action musculaire mise en jeu pour éviter le contact ou du moins la pression mutuelle des deux surfaces articulaires opposées. »

Stromeyer, en 1838, en rapporte trois cas et en 1840, Bouvier, sous le nom d'arthralgie cervicale ou de torticolis articulaire, fait connaître un état morbide particulier des premières articulations cervicales.

Depaul, en 1844, dans sa thèse d'agrégation, donne une description complète du torticolis articulaire, mais critique l'explication de Delpech que nous donnons plus haut. Selon lui, la position défectueuse de la tête est produite par la rétraction des muscles du côté malade.

Musson, en 1867 et Couillard-Labarmote en 1869,

dans deux thèses sur le torticolis en général, parlent du torticolis articulaire, mais sans y insister beaucoup.

Dally, en 1875, décrit sous le nom d'arthrite occipito-atloïdienne une affection qui présente absolument les caractères du torticolis musculaire chronique.

En 1878, Delore (de Lyon) démontrait, par des observations, que la ténotomie est le plus souvent inutile et que le redressement sous le chloroforme est bien plus rationnel et donne de meilleurs résultats. Selon lui, le sterno-cléido-mastoïdien est rarement la cause du torticolis qu'il faut rechercher dans la région de la nuque.

En 1888, dans une clinique faite à l'hôpital des Enfants Malades, M. le professeur Grancher distinguait encore trois modalites cliniques du rhumatisme cervical.

1° Il peut être uniquement articulaire;

2° Il peut être uniquement musculaire ;

3° Il peut être mixte et intéresser simultanément et les muscles et les articulations du cou.

M. le Prof. Lannelongue, a le premier insisté longuement sur la fréquence de l'arthrite cervicale rhumatismale, « maladie beaucoup plus commune qu'on ne le pense chez les jeunes sujets ». En 1894, dans une clinique faite à l'hôpital Trousseau, il s'exprime ainsi : « Pour ce qui est du torticolis musculaire d'origine rhumatismale, il est fort difficile de

se l'expliquer ; s'il est naturel d'admettre que le sterno-mastoïdien soit susceptible, au même titre que les autres muscles, de se contracturer sous diverses influences, dans l'hystérie par exemple ; il est, par contre inadmissible que sous l'influence du rhumatisme, ce soit le seul muscle capable d'entrer en contracture, tandis qu'on n'observerait jamais de fait semblable, sous la même influence, sur aucun autre muscle ou groupe musculaire ».

M. Broca est moins affirmatif, mais dans un article publié dans le *Bulletin Médical* en 1894, il met en garde contre « la facilité avec laquelle on a trop souvent tendance à diagnostiquer un torticolis musculaire, faute d'avoir exploré le rachis par la méthode des pressions localisées ».

Cette même année, dans un mémoire publié dans la *Revue de Médecine*, MM. Robin et Londe exposent leur conviction que, ce qu'on appelle vulgairement torticolis « n'est pas, dans la plupart des cas, une affection articulaire ».

M. Marfan est plus exclusif encore et nie l'existence du torticolis musculaire rhumatismal.

C'est aussi l'opinion de M. Humeau dans sa thèse faite sous l'inspiration de M. Broca et dans laquelle il considère le torticolis musculaire comme une rareté.

SYMPTOMES

L'arthrite cervicale rhumatismale, considérée au point de vue clinique, présente deux périodes très différentes. C'est à dessein que nous n'hésitons pas à mettre en relief les deux phases successives de la maladie, et nous pouvons dire que toute l'histoire de cette affection, au point de vue pathogénique, anatomo-pathologique, clinique, pronostique, diagnostique et thérapeutique se divise aussi en deux chapitres absolument différents et que nous devons toujours envisager séparément : la phase d'acuité, la phase de chronicité. Ajoutons tout de suite que la première est, à coup sûr, la moins bien décrite ; c'est elle qui a été très fréquemment méconnue et c'est faute de l'avoir étudiée de près qu'on a rapporté à des origines que nous considérons comme très suspectes les lésions de la phase chronique qui a davantage frappé les observateurs.

PHASE AIGUE

Le début de l'arthrite cervicale rhumatismale est ordinairement brusque. C'est le matin en se réveillant que l'enfant qui, la veille, avait eu froid, accuse une douleur dans un des côtés du cou, quelquefois même des deux côtés. Il y a presque toujours en même temps un peu de fièvre, de la céphalalgie, parfois même du délire ; les amygdales peuvent être gonflées. Les symptômes généraux ont une grande importance. C'est un épisode clinique nécessaire à rechercher dans les antécédents au point de vue du diagnostic.

La douleur assez vive, sourde au début, atteint rapidement son summum d'acuité, elle est bientôt suivie d'une attitude vicieuse de la tête et du cou.

Cette attitude est variable suivant les cas, mais celle que l'on observe le plus souvent est l'attitude analogue au torticolis dû à la contracture d'un des sterno-cléido-mastoïdiens. La tête est fléchie, plus ou moins inclinée du côté malade, au point quelquefois de pouvoir presque toucher l'épaule. L'épaule du côté opposé s'abaisse. La face est tournée du côté opposé. L'épaule correspondante au côté malade, la tête et le cou immobilisés par le malade qui se meut tout d'une pièce. Cette attitude de la tête est surtout en rapport avec la contracture musculaire doulou-

reuse du sterno-mastoïdien. Dans la contracture isolée du trapèze, la tête qui s'incline du côté malade est légèrement renversée en arrière, quelquefois en assez forte extension. Cette contracture secondaire est la conséquence de la polyarthrite rhumatismale.

Dans quelques cas exceptionnels la tête est inclinée en bloc latéralement sans rotation du côté opposé. Il peut aussi arriver que la tête soit immobilisée dans le plan antéro-postérieur, sans inclinaison latérale, sans torticolis. A. Robin et P. Londe ont publié une observation où le malade présentait l'attitude de la pachyméningite cervicale hypertrophique (*Revue de Médecine*, 1894).

Dans quelques observations enfin, l'attitude de la tête varie à différentes périodes de la maladie ; la tête, inclinée d'abord d'un côté, s'incline ensuite du côté opposé, ou se place en extension (Cadet de Gassicourt). Cette variabilité est en rapport avec la mobilité du rhumatisme qui atteint successivement diverses articulations vertébrales du côté droit ou du côté gauche.

Si l'on saisit la tête à pleines mains et que l'on essaie de la replacer, autant que faire se peut, dans la rectitude, on n'y parvient pas. Mais les enfants essaient par tous les subterfuges de dévier le thorax et de le placer dans l'axe de la tête et du cou. C'est pour obvier à cette cause d'erreur que M. le Prof. Lannelongue recommande de marquer sur la poi-

trine l'axe vertical du corps à l'aide du crayon dermographique ; on constate grâce à ce point de repère que le résultat des manœuvres de redressement dont nous venons de parler est nul, qu'aucun déplacement ne s'opère, que l'attitude vicieuse reste fixe et constante. Cette précaution est capitale, car faute de recourir à une méthode d'examen rigoureuse, on est facilement trompé ; on croit à des mouvements qui n'existent pas.

Nous reviendrons tout à l'heure sur les attitudes vicieuses de la tête, mais auparavant nous allons étudier le symptôme douleur.

Les mouvements, l'inclinaison forcée de la tête du côté opposé au torticolis, les moindres chocs, le contact, la chaleur du lit, provoquent la douleur assez souvent continue et spontanée ; cependant quand la tête est bien immobilisée et repose sur l'oreiller, toute sensation douloureuse peut disparaître.

Si à ce moment on se livre sur le malade à une palpation minutieuse et surtout à une palpation comparée du côté où se produit l'inclinaison et la torsion avec le côté d'apparence saine, on constate les symptômes suivants qui présentent, au point de vue pathogénique, une importance de premier ordre et qui doivent donc être mis d'une façon particulière en relief.

Cette palpation doit être faite, de façon à éviter

des causes d'erreur, avec certaines précautions. L'enfant sera couché sur le côté non douloureux et non incliné, la tête reposant complètement sur un oreiller. On commence par explorer le sterno-mastoïdien du côté malade. Cette exploration, pour être précise, ne doit pas être faite en pressant le muscle contre les parties profondes, car la douleur alors provoquée pourrait être attribuée aussi bien à l'état pathologique du muscle qu'à celui des faces latérales des vertèbres. C'est donc en saisissant entre deux doigts le muscle qu'on parviendra à examiner sa sensibilité. On commencera par la partie sterno-claviculaire du muscle et on essaiera de provoquer la douleur en se rapprochant progressivement de son attache cervicale. On ne tardera pas à reconnaître un fait très important, c'est que le muscle n'est nullement douloureux.

Après avoir examiné le sterno-cléido-mastoïdien, on s'efforcera de faire la même exploration au niveau du trapèze; elle présentera toutefois moins de netteté, surtout à la partie supérieure, où il sera plus difficile de l'isoler des plans profonds. La palpation minutieuse des muscles moins superficiels, tels que le splénius et les scalènes, ne pourra pas se faire sans douleur, à cause de la pression qu'on fera forcément subir aux vertèbres sous-jacentes.

Il ressort avec grande netteté de ce que nous venons de dire que dans cette affection le sterno-cléido-

mastoïdien aussi bien que le trapèze seront presque toujours indemnes et on a toutes les raisons de croire qu'il en est de même des muscles profonds.

Si au contraire, on essaye d'examiner par la palpation les articulations vertébrales, on ne tarde pas à reconnaître que la douleur est réveillée d'une façon extrêmement intense, lorsque l'on presse sur les parties latérales des vertèbres. Il existe à ce niveau, suivant l'étendue de la lésion et la systématisation. de l'arthrite, une douleur extrêmement vive apparaissant au moindre contact et qui est accompagnée immédiatement d'une exagération de l'attitude vicieuse du sujet. Il arrive quelquefois, que la pression des apophyses épineuses réveille à quelque degré cette douleur, et même qu'elle est également provoquée par la pression des vertèbres de l'autre côté. Cet examen doit être fait avec grand soin, en commençant par les vertèbres supérieures, examinant comment se fait la rotation de la tête puis la flexion antérieure postérieure et latérale et répétant le même examen pour toute la colonne cervicale.

Pour la recherche des points douloureux le toucher, ou plutôt la pression méthodiquement et doucement pratiquée sur les articulations accessibles, donne une précieuse indication. Mais les masses latérales des vertèbres cervicales sont protégées par les muscles postérieurs du cou, ausi leur examen est-il très délicat et c'est ce qui explique qu'à une

époque où l'arthrite cervicale rhumatismale était peu connue, on ait localisé les lésions dans les muscles postérieurs du cou (torticolis postérieur).

La localisation de l'arthrite n'est pas très fréquente au niveau des vertèbres supérieures, cependant elle existe. Son siège de prédilection est au niveau des 3e et 4e vertèbres cervicales, mais elle occupe souvent toute la hauteur de la colonne cervicale.

Suivant que le rhumatisme frappe les articulations de la tête avec l'atlas et l'axis, celles des corps vertébraux entre eux ou celles des apophyses articulaires, on distingue un rhumatisme cervical supérieur, antérieur, ou inféro-latéral.

Les douleurs spontanées disparaissent d'abord les premières et souvent rapidement. Les douleurs à la pression ou sous l'influence des mouvements persistent souvent pendant longtemps.

La raideur générale et l'immobilisation du cou, la gêne des mouvements du tronc sont surtout sous la dépendance de la douleur. Même lorsque l'articulation occipito-atloïdienne n'est pas atteinte, le sujet ne peut imprimer aucun mouvement au cou et à la tête. Le tronc est aussi atteint de raideur presque générale ; les mouvements de flexion et d'extension sont difficiles et douloureux, les mouvements de torsion et de rotation sont fréquemment conservés.

Etudions maintenant les attitudes vicieuses et voyons à quoi elles sont dues.

Avant que l'arthrite cervicale rhumatismale ne fût connue, on expliquait les faits de la manière suivante.

Sous l'influence d'un refroidissement, il se fait, disait-on, une contracture d'un des sterno-mastoïdiens ou d'un autre muscle du cou, de là la déviation. Mais cette contraction persistant, les faisceaux musculaires s'altèrent et il en résulte une rétraction. Cette attitude invariable finit par retentir sur les surfaces articulaires des vertèbres cervicales, lesquelles subissent des déformations et peuvent même présenter des adhérences. Cette altération serait plus ou moins comparable à celle que M. le Prof. Lannelongue a décrite sous le nom d'ulcération compressive dans les ostéo-arthrites tuberculeuses et entraînerait une attitude vicieuse désormais permanente.

Cette opinion ne nous paraît pas acceptable. En effet, comme le fait remarquer M. le Prof. Lannelongue, si l'on peut admettre un changement de forme dans les surfaces articulaires d'os malades, raréfiés et cariés, il ne saurait en être de même pour des os sains dont les cartilages diarthrodiaux restent normaux. Que de fois n'observe-t-on pas, chez les enfants surtout, des muscles contracturés immobiliser une jointure, celle du genou par exemple, pendant longtemps sans diminuer le jeu de ses mouvements, et en tous cas ce n'est jamais en quelques jours qu'on voit apparaître une diminution des mouve-

ments et à plus forte raison la cessation des mouvements.

Les attitudes vicieuses sont bien, à notre avis, sous la dépendance des contractions des muscles cervicaux ; mais celles-ci sont des contractions douloureuses réflexes. Le torticolis du sterno-mastoïdien n'est qu'un symptôme de l'arthrite cervicale rhumatismale ; celle-ci se déclare et le torticolis se montre. C'est qu'en effet la contraction musculaire agit en vertu d'une loi commune à toutes les maladies articulaires et par un mécanisme analogue à celui qui opère l'inclinaison du bassin sur la cuisse dans la coxalgie, maladie qui offre plus d'un point de ressemblance avec celle dont nous nous occupons. Dans les arthrites du cou, cette contracture musculaire joue un rôle plus considérable et encore plus en évidence que dans les autres articulations. Elle est plus rigide, plus intense, pour immobiliser entièrement des articulations d'une très grande mobilité qui n'ont qu'un appareil ligamenteux relativement moins développé.

Pour éviter la douleur et le tiraillement des parties affectées, le malade est entraîné à fléchir la tête du côté opposé, car cette attitude tend à relâcher les articulations des apophyses articulaires du côté malade. Mais les anatomistes disent que, grâce à la direction des surfaces articulaires, tout mouvement d'inclinaison latérale s'accompagne d'un mouvement

de rotation du même côté ; or, ce mouvement serait, pour les articulations malades, celui qui provoquerait le maximum de douleur. Le mouvement opposé qui sera celui de la moindre douleur est précisément celui qu'on observe chez les malades. L'examen d'une colonne vertébrale montre d'ailleurs que c'est dans cette position où l'on obtient le maximum d'écartement des surfaces articulaires. Cependant il faut bien dire qu'on ne possède pas de preuves absolues pour affirmer que les choses se passent ainsi ; mais ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que dans le mal de Pott cervical non sous-occipital, la tête peut présenter la même attitude que dans l'arthrite cervicale rhumatismale et, dans ce cas l'origine articulaire de la maladie ne peut être mise en doute.

Il est cependant des cas où l'attitude vicieuse n'est indiscutablement pas imputable aux muscles. Dans l'observation IV nous voyons en effet que le sterno-mastoïdien du côté de la déviation est dans le relâchement et déjà un peu atrophié. Celui du côté opposé, au contraire, est tendu et forme une corde sous les téguments. L'attitude vicieuse dans ce cas doit être considérée comme d'origine articulaire, les articulations vertébrales se plaçant dans la position relâchée de la moindre douleur. Les muscles contractés non douloureux sont seulement dans un état vigilant de contraction compensatrice, destinée à contrebalancer l'action de la pesanteur et à maintenir la tête qui se

trouve dans un équilibre instable par le fait de l'attitude vicieuse d'origine articulaire.

Quelle que soit la cause de la déviation, celle-ci retentit le plus souvent sur la cage thoracique et sur la colonne vertébrale. Le thorax est saillant du côté du torticolis, convexe du côté opposé, surtout en arrière. L'inspection du rachis indique l'existence d'une courbure cervicale à convexité tournée du côté opposé à l'inclinaison de la tête et d'une courbure de compensation de sens opposé, siégeant à la région dorso-lombaire. Au niveau de la convexité du rachis cervical, on constate une saillie assez notable constituée par les apophyses épineuses avec gonflement et douleur.

PHASE CHRONIQUE

La phase aiguë a duré plus ou moins longtemps, les symptômes d'acuité, la douleur, se sont peu à peu amendés, l'ankylose plus ou moins complète s'est constituée et, ce qui a persisté dans la déviation, c'est l'attitude vicieuse. Souvent même cette phase aiguë a pu passer inaperçue ; elle a été mise, malgré l'intensité de ses phénomènes, sur le compte d'un rhumatisme musculaire et ce n'est que deux ou trois mois après, qu'en présence de la déviation cervicale le malade est amené à consulter un chirurgien.

On le conçoit, à cette période, les symptômes diffèrent totalement de ceux de la période aiguë ; on se trouve en présence d'une arthrite chronique qui ne présente plus comme phénomène primordial qu'une ankylose plus ou moins complète en mauvaise position.

Les phénomènes douloureux très marqués, dans la phase aiguë ou subaiguë, peuvent néanmoins persister pendant un temps plus ou moins long, se produisant souvent par poussées, par crises. Ensuite les douleurs spontanées sont à peu près nulles, mais les mouvements de rotation, de flexion, d'extension, d'inclinaison, quand ils sont possibles, sont douloureux, et l'intensité de la contracture, proportionnelle à l'intensité de la douleur, indique le degré de la sensibilité articulaire.

La palpation directe montre que les apophyses épineuses ne sont pas sensibles et même lorsque les articulations de l'atlas et de l'axis sont prises, la pression directe au niveau du creux sous-occipital n'est pas douloureuse. Le toucher pharyngien pratiqué au niveau des vertèbres cervicales est aussi indolore, mais latéralement la pression limitée, à la base des apophyses transverses, réveille une douleur localisée atroce. Pour l'atlas si on prend entre le pouce et l'index, comme dans une pince, ses deux masses latérales, la douleur est aussi extrêmement vive. Quand les articulations supérieures de la colonne

cervicale sont prises, le meilleur moyen de se rendre compte du degré de sensibilité est d'imprimer des mouvements à la tête ; en faisant manœuvrer celle-ci par rotation dans l'articulation sous-atloïdienne, par flexion ou extension dans l'article sous-occipital, on provoque une douleur brusque, intense, qui ne peut laisser aucun doute sur l'état des articulations.

Si on passe ensuite à l'examen des régions péri-articulaires, on ne constate ni empâtement périosseux ni hypertrophie ganglionnaire dans la nuque ou le cou.

L'attitude générale des malades est caractéristique ; ils semblent de bois. Si on les appelle, ils se retournent tout entiers ; ils se baissent tout d'une pièce, si on leur commande de ramasser un objet à terre, et la mobilité extrême de leurs yeux supplée dans la mesure possible à l'immobilité absolue de la tête et du cou. Leur appréhension est telle qu'ils redoutent tout contact, toute approche même qui pourrait les ébranler.

Les caractères de la déviation reproduisent ceux du torticolis par rétraction des différents muscles du cou ; tantôt la tête est en flexion et en rotation, tantôt en inclinaison latérale, tantôt en extension. Dans la phase aiguë, comme nous l'avons vu précédemment, ce torticolis, que Gubler appelait torticolis de protection, est lié à une contracture douloureuse réflexe du sterno-mastoïdien, du trapèze, des

muscles de la nuque ou de plusieurs de ces muscles, ce qui donne des attitudes variables. Dans la phase chronique la contracture peut devenir permanente : alors, comme toutes les contractions chroniques, elle peut se compliquer de rétraction fibreuse. Les muscles du côté de la déviation sont en effet durs, de consistance fibreuse, très notablement atrophiés. Ceux du côté opposé à l'inclinaison font une saillie considérable due à leur refoulement en arrière par la convexité de la colonne cervicale et par les apophyses transverses des vertèbres qui ont subi une rotation sur leur axe.

Les attitudes vicieuses sont plutôt dues à des déformations osseuses ou à des adhérences entre les surfaces qu'aux contractions musculaires dont nous venons de parler, et la preuve en est que ces contractures disparaissent souvent à une période avancée de la maladie. En effet, sous l'influence du processus morbide, les surfaces articulaires par lesquelles les apophyses articulaires se correspondent se déforment ; elles présentent des saillies et des dépressions, des adhérences fibreuses, qui sont causes non seulement des attitudes vicieuses mais aussi de la diminution des mouvements et des craquements que l'on perçoit quand on veut redresser la tête. Cette disparition des contractures musculaires et ces craquements viennent encore à l'appui de la théorie de l'origine articulaire de la maladie.

La déviation de la tête et de la face entraîne, à la longue, toute une série de déformations secondaires. Quand la tête est inclinée sur une épaule, la moitié du front et la pommette de ce côté sont aplaties ; la face est comme raccourcie, la commissure labiale du même côté, tiraillée, n'est plus sur la même ligne que celle du côté opposé ; le nez est dévié en décrivant une légère courbure à concavité dirigée du côté de l'inclinaison ; l'œil est abaissé, son axe incliné ; le sourcil est abaissé et un peu obliquement dirigé.

Ces changements dans la direction naturelle du cou ont un retentissement sur la colonne vertébrale. Au cou, on observe du côté rétracté une concavité très accusée et à l'extrémité de la région dorsale une courbure de compensation concave du côté sain.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu que l'arthrite cervicale rhumatismale pouvait se présenter sous deux formes : la forme aiguë et la forme chronique, la seconde n'étant le plus souvent que la suite de la première. Le diagnostic devra donc être fait pour ces deux formes.

Deux diagnostics sont surtout importants et fixeront plus spécialement notre attention.

1° Celui de l'arthrite rhumatismale avec le torticolis musculaire rhumatismal ;

2° Celui avec le mal de Pott.

1° *Diagnostic entre l'arthrite cervicale rhumatismale et le torticolis musculaire rhumatismal.*

Nous éliminerons, parmi les torticolis, le torticolis congénital et le torticolis obstétrical qui ne peuvent se prêter à discussion. Reste donc le torticolis vrai.

Les symptômes en sont décrits partout. A la suite

d'un refroidissement le malade se réveille un matin avec de la fièvre, une douleur dans un des côtés du cou et une inclinaison de la tête sur une épaule, tandis que le menton regarde du côté opposé. Il n'existe pas d'autopsie de malades atteints de cette affection et, à la longue, on trouve des rétractions et des transformations fibreuses qui semblent donner raison à l'origine musculaire de la maladie.

Tel n'est cependant pas l'avis de tout le monde. M. le Prof. Lannelongue et d'autres auteurs ont, depuis un certain nombre d'années, battu en brèche l'existence d'un torticolis musculaire. C'est à la suite de notre maître, sur ses indications, grâce à des observations prises dans son service, que nous voulons apporter notre contingent à cette opinion qui, nous l'espérons, sera un jour classique, et montrer la fréquence de l'arthrite cervicale rhumatismale et la rareté, sinon la non existence du torticolis musculaire rhumatismal.

Cela nous semble ressortir de l'analyse des symptômes du torticolis aigu classique que nous avons énumérés plus haut. Son début brusque ! N'est-ce pas également celui de l'arthrite vertébrale ? — L'attitude de la tête ! Elle n'a rien de nécessairement musculaire. — La contracture du sterno-cléido-mastoïdien ! Nous voyons sans cesse des arthrites variées donner naissance à des contractures analogues. — Mais alors sur quoi se fonder pour incriminer le muscle !

Nous avons au contraire un certain nombre d'arguments qui nous paraissent décisifs pour attribuer l'affection à la colonne vertébrale. En effet, les descriptions les plus complètes des torticolis dits musculaires (Beau, *Archives générales de médecine*, 1862) constatent que le muscle n'est pas douloureux, et en nous reportant aux symptômes, nous y avons minutieusement décrit la palpation non douloureuse des muscles du cou et la douleur précise sur les apophyses transverses. Il nous semble donc essentiellement rationnel de n'incriminer dans l'espèce que ce qui souffre, c'est-à-dire la colonne vertébrale.

Un autre argument corrobore le premier ; c'est que les torticolis dits musculaires présentent des variétés très nombreuses dans les directions de la tête, variétés qui sont loin de correspondre à l'action physiologique des muscles, si bien que les attitudes de plusieurs torticolis seraient inexplicables par la théorie musculaire.

Un 3e argument qui mérite une place importante est tiré des résultats de la thérapeutique. Lorsqu'après avoir endormi le sujet atteint de torticolis, après avoir redressé l'attitude, on l'immobilise dans la rectitude, cette immobilisation, malgré la traction des muscles, produit la cessation de la douleur ; il semble donc que le muscle ne soit pas en cause.

Il faut bien avouer cependant que la preuve anatomique de la lésion articulaire n'existe pas, mais

elle n'existe pas davantage pour le torticolis supposé d'origine musculaire.

« Rien ne démontre que les lésions parenchymateuses des muscles qui ont été décrites par Oppolzer (tuméfaction, état graisseux) et celles que M. Hayem a signalées dans le rhumatisme articulaire aigu, myosite, dégénération vitreuse, se produisent communément dans le rhumatisme musculaire » (Homolle).

Ainsi « l'anatomie pathologique n'a rien appris jusqu'à présent ; on a supposé, plutôt que constaté l'existence d'une hypérémie fluxionnaire avec ou sans transsudation séreuse et d'une infiltration fibrineuse, l'une et l'autre répondant à des degrés différents du mal ».

« Il est probable que, suivant les cas, l'hypérémie, la myosite légère, la névrite et la névralgie des troncs ou des extrémités terminales, la périarthrite même ont la plus grande part dans les accidents du rhumatisme musculaire ; mais il est fort difficile dans la clinique de reconnaître le rôle de chacun de ces éléments. »

Nous croyons, pour notre part, que la périarthrite et surtout l'arthrite jouent le plus grand rôle et cette hypothèse, née de la clinique, est en somme conforme avec les faits.

Le rhumatisme musculaire classique affecte trois régions : le cou, les lombes et l'épaule ; or, il serait

bien étonnant, alors qu'on ne décrit pas de contraction rhumatismale d'un muscle isolé ou d'un groupe musculaire de la face ou du bras survenant brusquement à l'occasion d'un refroidissement, et ces muscles sont cependant exposés aux brusques variations de température, il serait étonnant, dis-je, que les muscles de ces trois régions : cou, lombes, épaule, fussent les seuls à se contracturer sous l'influence du rhumatisme. D'autre part, ces trois régions sont toutes périarticulaires ; voilà une coïncidence propre à faire douter du rhumatisme musculaire.

La contracture du sterno-cléido-mastoïdien est secondaire ; elle a une origine articulaire et c'est dans ce sens qu'elle est rhumatismale. D'ailleurs il est certain que cette contracture peut ensuite prendre une place importante dans la genèse de la déformation, qu'elle peut être durable et qu'elle peut aboutir à une rétraction fibreuse définitive qui perpétuera l'attitude vicieuse, alors que la lésion articulaire aura plus ou moins rétrocédé.

Nous croyons donc qu'il n'y a pas de torticolis par myosite rhumatismale primitive ou tout au moins celui-ci est très rare ; les deux affections coexistent et la seconde dérive de la première.

2° *Diagnostic entre l'arthrite cervicale rhumatismale et le mal de Pott.*

Autant le diagnostic avec le rhumatisme musculaire s'impose dans le début de l'arthrite cervicale rhumatismale, antant il est rare que l'on ait à différencier celle-ci, dans sa période aiguë, du mal de Pott. En effet, le mal de Pott, qu'il soit ou non sous-occipital, procède d'une façon progressive et chronique et ce n'est que très lentement que l'affection s'installe et donne naissance à des phénomènes d'une certaine acuité. Ce sera donc surtout un diagnostic différentiel à faire quand nous envisagerons la maladie passée à l'état chronique. Il peut arriver toutefois qu'un mal de Pott cervical débute par des symptômes intenses qui donnent le change, et d'autre part, certaines arthrites vertébrales rhumatismales n'ont pas le début brusque décrit tout à l'heure. Les deux cas présentent de sérieuses difficultés de diagnostic.

Un mal de Pott qui débute d'une façon aiguë est rare, mais on rencontre des cas où l'histoire pathologique est la suivante. Une tuberculose vertébrale s'est installée insidieusement ; par suite de la négligence des parents, on n'a pas remarqué la gêne progressive des mouvements du cou, l'attitude plus ou

moins vicieuse que prend l'enfant, lorsque, par suite de l'usure de telle ou telle pièce de la colonne vertébrale, une subluxation se produit, crée une attitude vicieuse caractéristique et brusque. On conçoit que, dans ces circonstances, le diagnostic entre le mal de Pott et l'arthrite cervicale rhumatismale soit délicat ; il est, d'autre part, extrêmement intéressant à porter, puisque le pronostic est bien différent.

Certains symptômes peuvent mettre sur la voie. Le mal de Pott, quel que soit le siège des lésions, donne rarement l'attitude caractéristique appelée torticolis. La pression exercée sur les parties latérales postérieures des vertèbres ne produit pas, dans le mal de Pott, une douleur aussi exquise que dans l'arthrite aiguë. Enfin, à cette période, le mal de Pott se complique fréquemment de troubles méningés, médullaires ou bulbaires inconnus à l'arthrite rhumatismale.

Dans l'autre hypothèse, celle d'un rhumatisme vertébral installé insidieusement, le diagnostic est plus aisé. Le rhumatisme a toujours un début un peu brusque et sa période d'acuité relative est éphémère ; si la déformation persiste, la douleur a disparu. Le mal de Pott, au contraire, est progressif. Dans l'arthrite rhumatismale la position couchée est souvent pénible ; le malade trouve difficilement une attitude de repos. Le moindre mouvement réveille la douleur. Le sommeil est quelquefois interrompu par une

sensation douloureuse survenue par un changement de position. On observe rarement ces phénomènes dans le mal de Pott. L'enfant couché, bien étendu, s'endort et la douleur, minime le matin, augmente dans la journée.

Ce ne sont que des nuances, mais encore une fois les cas sont rares où, sinon à un premier examen, au moins dans les quelques semaines qui suivent, on ne reconnaisse, par la palpation minutieuse des vertèbres, les déformations qu'entraîne à sa suite la forme progressive du mal de Pott. Il ne faudra pas alors s'en remettre à l'examen des apophyses transverses et épineuses, mais rechercher par la bouche l'inclinaison ou la subluxation des vertèbres les unes sur les autres.

Dans sa phase aiguë l'arthrite cervicale rhumatismale peut encore être confondue avec plusieurs autres affections.

Chez les hystériques, on peut observer un torticolis. Celui-ci dépend parfois d'une paralysie, le plus souvent d'une contracture. Dans la forme paralytique, la tête inclinée du côté opposé se laisse relever aisément, mais retombe aussitôt. Ce signe seul suffira à éviter toute erreur de diagnostic. Dans la forme spasmodique au contraire, la tête est inclinée du côté malade et l'attitude vicieuse ne peut être corrigée, tant la raideur est extrême. Dans les cas de torticolis hystérique on trouve le plus souvent, en plus des

stigmates de l'hystérie, une plaque d'anesthésie superposée aux troubles moteurs. Il faut cependant savoir que certains cas d'hystérie reproduisent à s'y méprendre le tableau de l'arthrite rhumatismale. La maladie peut débuter brusquement comme l'arthrite et l'attitude être exactement semblable. On reconnaîtra l'hystérie à ce que le début, tout en étant brusque n'est pas accompagné de fièvre, à ce que la raideur, du cou est plus grande qu'elle ne l'est ordinairement, et à ce que la douleur n'est pas localisée aux articulations.

M. Broca insiste sur la contracture du sterno-mastoïdien dans les inflammations de l'apophyse mastoïde, contracture facile à comprendre étant données les insertions supérieures du muscle. L'examen du conduit auditif, l'absence complète de douleur à la percussion derrière le pavillon de l'oreille, l'absence d'empâtement permettent, à coup sûr, d'éliminer la mastoïdite.

L'adénite cervicale aiguë peut,elle aussi,se compliquer de torticolis ; mais la présence de ganglions douloureux et enflammés, l'absence de douleurs articulaires permettront de faire facilement le diagnostic.

Il n'en est pas de même pour l'entorse des vertèbres cervicales qui se rapproche beaucoup. au point de vue clinique, de l'arthrite rhumatismale.Les symptômes du côté des articulations sont les mêmes

dans les deux cas. Le siège de la douleur est le même, l'attitude vicieuse est semblable et le diagnostic ne peut être établi qu'en recherchant, dans les antécédents du malade, le traumatisme ou le mouvement forcé qui ont marqué le début de l'entorse. Si, par hasard,on venait à faire une erreur, celle ci ne serait pas très préjudiciable au malade, puisque, dans les deux cas, le traitement est identique.

Une autre affection peut encore égarer le diagnostic, nous voulons parler de la luxation des vertèbres cervicales; encore ne parlerons-nous que de la luxation des cinq dernières, car la luxation des deux premières offre des symptômes trop différents pour que l'erreur soit possible.

Voici les signes assignés par Nélaton à la luxation des vertèbres cervicales : « Si une seule apophyse articulaire est luxée, la face est tournée vers le côté opposé à la luxation, la tête inclinée latéralement, et il est impossible de le redresser ».

D'après le simple exposé de ces signes, ne croirait-on pas déjà avoir affaire au torticolis qu'on observe dans l'arthrite rhumatismale, si d'autres caractères propres à la luxation ne permettaient d'éviter l'erreur.

« Lorsque les deux apophyses sont luxées il y a flextion directement en avant, de telle sorte que le menton se rapproche du sternum. Derrière le cou existe une gibbosité formée par l'apophyse épineuse

de la vertèbre placée au-dessous de celle qui est luxée ».

De plus, il est un signe qui appartient en propre à la luxation, c'est la déformation de la partie antérieure de la colonne cervicale, déformation qu'il est toujours facile de sentir par l'exploration pharyngienne. Enfin très souvent, même dans les cas de luxation unilatérale,il survient une paralysie du sentiment et du mouvement.

Nous avions besoin de nous étendre un peu sur la luxation des vertèbres cervicales, car cette affection peut souvent engendrer le torticolis. En effet, que la réduction de la luxation n'ait pas eu lieu, soit par négligence, soit par crainte d'accidents sérieux du côté de la moelle, l'atrophie et la rétraction musculaires seront la conséquence de la luxation et le torticolis sera acquis. Mais il est évident que, dans ce cas, le torticolis sera consécutif et qu'en pareille circonstance son mode de production permettra de le distinguer de celui qui se produit dans l'arthrite cervicale rhumatismale.

PHASE CHRONIQUE

Tous les diagnostics que nous venons de passer en revue se rapportent exclusivement à la phase aiguë. Les confusions sont moins nombreuses dans la

phase chronique mais l'erreur est cependant plus facile.

L'affection qui est le plus facilement confondue avec l'arthrite rhumatismale à cette période, c'est le mal de Pott. M. le Prof. Lannelongue, dans ses « Leçons sur la tuberculose vertébrale », a magistralement exposé le diagnostic différentiel et nous ne croyons pouvoir mieux faire que de le reproduire.

« Les phénomènes qui se montrent dans la forme chronique de l'arthrite cervicale rhumatismale sont : une déformation et une attitude de la région cervicale simulant celle du mal de Pott, avec contraction des muscles postérieurs et quelquefois du sterno-cléido-mastoïdien ; une douleur à la pression sur une zone déterminée du rachis, des douleurs périphériques spontanées dans les régions voisines, l'épaule et quelquefois les membres supérieurs ; enfin un léger empâtement du côté des articulations atteintes. Tous ces signes existant d'une manière permanente, sans réaction fébrile appréciable, on conçoit bien, surtout quand on n'est pas fixé sur le début, quelles sont les difficultés du diagnostic. Néanmoins, un examen raisonné permet de lever les doutes. Il ne s'agit, bien entendu, que de l'arthrite des cinq dernières articulations vertébrales postérieures du cou et non de celles de l'atlas et de l'axis. Les mouvements de rotation de la tête sont libres ; la déviation du cou est latérale ; la courbure du rachis est plutôt

une scoliose qu'une déviation antéro-postérieure. De plus, il est rare que l'immobilité de la région soit aussi absolue, que dans le mal de Pott; dans beaucoup de cas, on pourra déterminer des mouvements incomplets accompagnés parfois de douleurs plus vives que dans le mal de Pott. Comme la déformation est simple et due à des altérations limitées, il n'y a de gonflement que d'un côté, et ce gonflement osseux est produit par la courbure du rachis ; on atteint plus facilement de ce côté les apophyses transverses et articulaires qui soulèvent les muscles. Il n'y a pas d'empâtement total et symétrique de la région et on ne trouve pas non plus cette tuméfaction envahissante des parties molles qui, dans le mal de Pott, conduit à la formation des abcès. L'affection rhumatismale ne se complique en effet jamais de suppuration ni d'abcès et c'est là, pour les cas anciens, un caractère important. Notons enfin une atrophie des muscles plus prononcée que dans le mal de Pott. Cette atrophie est ordinairement unilatérale et affecte le côté dont les articulations sont atteintes. »

Nous venons de nous occuper uniquement du mal de Pott localisé aux cinq dernières vertèbres cervicales. Lorsqu'il atteint les articulations de l'atlas et de l'axis, c'est-à dire dans le mal sous-occipital, la difficulté n'est pas grande. Lorsqu'on trouve en effet, avec la déviation spéciale de la tête et la perte des mouvements, un gonflement de la nuque, un empâ-

tement rétro-pharyngien, des phénomènes nerveux variés, le mal est absolument évident.

Dans les cas anciens d'arthrite cervicale rhumatismale les déformations musculaires du cou constituent presque toute la maladie, avec une attitude plus ou moins latérale de la tête. Si on ne recherche pas l'état des jointures, si l'attention ne se fixe pas sur les muscles saillants, on croit à la contraction de cause plus ou moins obscure ; or, cette contraction n'existe pas en réalité. Les muscles saillants faisant corde n'offrent cet aspect que par contraste avec des muscles similaires atrophiés. Aussi est-ce l'atrophie qui fixe le plus souvent l'attention, et comme on n'en retrouve pas l'origine, car il faut remonter souvent à plusieurs années (8, 9, 10 ans et plus) on pense à une atrophie paralytique comparable à l'entité nommée paralysie infantile ; or, la paralysie infantile de certains groupes musculaires est très rare au cou, et M. le Prof. Lannelongue avoue que depuis qu'il connaît mieux l'histoire de l'arthrite cervicale rhumatismale, il n'a pas trouvé un seul cas de ce genre qui ne puisse lui être rapporté.

PRONOSTIC. — DURÉE. — COMPLICATIONS

Le pronostic varie suivant qu'on considère la phase aiguë ou la phase chronique ; cependant il faut bien avouer qu'il n'est jamais bien sombre, sauf dans les cas qui remontent à de longues années et surtout à l'enfance.

Dans les cas aigus d'arthrite cervicale rhumatismale, le pronostic est bénin et les cas sont nombreux où l'affection ne dure que quelques jours et se termine par la résolution, sous l'influence d'un traitement approprié. La déviation disparaît et la tête et le cou recouvrent tous leurs mouvements. Ce qui assombrit un peu le pronostic, c'est l'éventualité toujours possible du passage à l'état chronique.

Même dans ce cas, la guérison est la règle si l'affection ne remonte pas à une époque trop éloignée. Si, en effet, le début remonte à plusieurs années, 5, 6, 7, 8 ans, comme on en observe des exemples, il faut être plus réservé, car alors les atrophies musculaires

peuvent être très accentuées, et, d'autre part, l'enfant ayant grandi, les muscles du côté opposé à la déviation se sont accrus dans des proportions normales, tandis que les autres voyaient leur développement s'arrêter. Nous avons vu, d'autre part, que la face et la colonne vertébrale avaient subi des déformations assez considérables et l'on comprend que, dans ce cas, le traitement soit impuissant vis à vis d'une maladie qui a produit des changements aussi importants. Mais il est rare d'observer des cas aussi graves : à mesure qu'on connaît mieux l'arthrite cervicale rhumatismale et la façon de la traiter, on observe de moins en moins la phase chronique et il est permis d'espérer qu'un jour viendra où elle aura presque complètement disparu.

Les complications que l'on peut observer sont d'abord celles du rhumatisme en général, dont l'arthrite cervicale peut n'être qu'une des localisations, d'autres articulations pouvant être prises en même temps que celles du cou. Elle peut de même être la première manifestation articulaire d'une attaque de rhumatisme aigu. On a cité des cas où une affection cardiaque était venue compliquer une arthrite cervicale, mais il faut bien le dire, ils sont rares.

MM. Robin et Londe admettent l'existence d'un zona cervical, bien qu'ils avouent ne pouvoir en rapporter d'observation personnelle.

M. le Prof. Lannelongue, à propos de la forme

chronique, signale des « douleurs périphériques spontanées dans les régions voisines, l'épaule et parfois les membres supérieurs ». Quelle est l'origine de ces douleurs ? Il faut bien avouer que sur ce point nous en sommes réduits aux conjectures. Peut-être, comme le disent MM. Robin et Londe, sont-elles dues à la compression et à l'irritation des troncs nerveux dans leur passage à travers les troncs de conjugaison.

TRAITEMENT

Nous avons suffisamment insisté sur la différence qui existe dans l'évolution des phases aiguës et chroniques de l'arthrite cervicale rhumatismale pour que l'on puisse prévoir à l'avance que le traitement sera totalement différent, suivant qu'il s'appliquera à la période d'acuité ou de chronicité de l'affection.

PHASE AIGUE

En présence d'un enfant, qui est atteint de cette douloureuse et redoutable affection, on doit opposer un traitement qui remplisse les indications suivantes. Il doit : 1° s'efforcer de combattre les manifestations douloureuses ; 2° mettre en garde contre les déformations ultérieures.

La première partie de ce traitement regarde plus particulièrement le médecin, la seconde, le chirurgien.

La thérapeutique médicale sera celle qui est habituellement dirigée contre le rhumatisme articulaire aigu. Nous y insisterons peu. Salicylate de soude, antipyrine, etc... M. A. Robin préconise le jaborandi dans l'arthrite cervicale rhumatismale.

Le traitement chirurgical nous arrêtera davantage. Les auteurs qui se sont occupés de cette question ne sont pas encore définitivement d'accord sur les meilleurs procédés thérapeutiques. Trois principaux ont été proposés.

1° *L'extension continue.* — Cette extension pourra se faire comme celle qu'on oppose au mal de Pott cervical, c'est-à-dire, par une traction dans la position horizontale sur un collier de fer, le corps faisant en quelque sorte la contre-extension. Ce procédé a de grands avantages : il supprime les manœuvres brutales, vient petit à petit à bout de la contraction musculaire et tend à rétablir, dans la position la plus correcte, la colonne cervicale . Malheureusement, ce traitement a contre lui une difficulté presque insurmontable dans les cas de rhumatisme véritablement aigu. Quelles que soient les précautions que l'on prenne pour graduer doucement la traction, l'appareil est mal supporté, et la douleur est tellement vive que le sujet, surtout si c'est un enfant, refuse absolument de s'y soumettre. C'est pourtant à cette période d'acuité, alors qu'il n'existe encore aucun vestige de l'ankylose future, que l'extension continue donnera

les meilleurs résultats. Plus tard, lorsque l'intensité des douleurs du début sera calmée et avant que la maladie soit passée à l'état véritablement chronique, l'extension continue, quelle que soit son intensité, se butera aux déformations osseuses et surtout à des liens fibreux suffisamment résistants pour qu'il lui soit impossible de remettre les vertèbres dans leur position normale. C'est donc tout au plus si ce procédé devra être employé au début d'une affection revêtant des allures un peu bénignes, et lorsque les tentatives de redressement manuel, faites d'une façon modérée mais soutenue, n'auront pas provoqué des douleurs trop vives. Dans ce cas, cette thérapeutique sera excellente. Il faudra cependant que cette extension soit permanente, car si on la supprimait quelques instants, on ne tarderait pas à voir la déviation se reproduire et tout serait à recommencer. Nous ajouterons que chez les enfants cette méthode est tout particulièrement difficile à appliquer. L'expérience que nous avons vue bien des fois répétée dans le service de notre maître, M. le Prof. Lannelongue prouve, en effet, que ce n'est qu'à la longue et à la suite d'une série de séances progressivement plus longues que les enfants parviennent à supporter l'extension continue de la tête. Il faut quelquefois huit, dix jours et même plus pour que le petit malade s'habitue à son appareil ; notons en passant que cet appareil doit être porté nuit et jour. On voit donc, en résumé, que

l'application de l'extension continue sera toujours un procédé thérapeutique délicat à employer.

2° *Massage.* — On a voulu opposer à l'arthrite cervicale rhumatismale un autre procédé qui donne d'excellents résultats dans un grand nombre d'affections articulaires, nous voulons parler du massage.

M. le Dr Gautiez s'est fait l'apôtre de cette thérapeutique et a publié à ce sujet des observations très intéressantes ; mais il a reconnu lui-même que le massage n'était pas supporté au début de l'affection et dans les formes aiguës ; or, nous le répétons, c'est précisément le moment où il faut intervenir pour éviter les premiers phénomènes d'un processus d'ankylose qui débute d'une façon précoce ; il faudra donc réserver le massage aux cas bénins, à ceux où la douleur est faible, ou aux cas déjà un peu anciens dans lesquels un essai de réduction manuelle montrera que l'ankylose n'est pas très résistante et que des manœuvres successives de douceur peuvent aisément guérir.

3° *Redressement et immobilisation.* — Le troisième procédé, celui de la réduction sous chloroforme en bonne position, suivi de l'application immédiate d'un appareil plâtré (minerve) nous paraît devoir être recommandé comme le procédé de choix. C'est du reste celui employé par M. le Prof. Lannelongue qui s'en est toujours bien trouvé. Le chloroforme, en supprimant la douleur et la contracture, permet une

réduction facile à l'époque où l'ankylose n'est pas définitivement constituée. L'application de la minerve place les parties dans la position la plus favorable, c'est-à-dire, met la tête dans la rectitude. Elle met du même coup les muscles dans une position symétrique, s'opposant ainsi aux rétractions musculaires. Enfin, par le soutien que l'appareil plâtré procure aux segments osseux mobiles, elle supprime après le réveil les douleurs intenses provoquées par les moindres mouvements.

Combien de temps doit durer l'immobilisation ? — Rationnellement jusqu'au moment où il n'y aura plus à craindre l'attitude vicieuse. Il faudra donc que le processus pathologique soit éteint, ce qui peut durer plusieurs semaines, quelquefois 2 ou 3 mois. Au sortir de la minerve, le malade présentera la région cervicale en position verticale ; les articulations primitivement malades se ressentiront le plus souvent du processus pathologique, c'est-à-dire, présenteront une ankylose devant persister plus ou moins complètement et plus ou moins longtemps. Les articulations qui n'auront pas été touchées par le rhumatisme présenteront, de leur côté, une raideur, qui elle, cédera rapidement aux mouvements et aux massages.

Ce traitement a donc comme résultat de conduire à une ankylose des articulations primitivement atteintes, et il est de fait que le plus souvent les ma-

lades conservent 2 ou 3 vertèbres dont les mouvements réciproques sont très limités. Mais l'observation fréquente a montré que la gêne fonctionnelle due à ces ankyloses partielles était très minime et que, par l'habitude, l'enfant y supplée très largement, jusqu'à le masquer aux yeux des plus attentifs. Il y supplée par une mobilité plus grande des autres vertèbres, par des mouvements du thorax ou plus simplement par des mouvements des yeux. Ce traitement par l'appareil plâtré n'est donc pas le traitement idéal, mais c'est celui qui, tout compte fait, a le plus de chances de guérir et obtient des résultats qui se rapprochent le plus de la normale.

Phase chronique

Si dans la phase aiguë, comme nous venons de le voir, plusieurs traitements peuvent être proposés, il n'en est pas de même dans la phase chronique. Dans celle-ci, le seul qui puisse amener la guérison c'est celui que nous avons préconisé dans la phase aiguë, c'est-à-dire le redressement sous chloroforme suivi d'immobilisation dans un appareil plâtré.

On lui a fait plusieurs objections dont une seule est vraiment sérieuse. Il faut savoir, en effet, qu'on a malheureusement observé des cas où la moitié inférieure du bulbe rachidien, qui est contenue dans le

canal vertébral, a été comprimée par l'apophyse odontoïde pendant des tentatives de redressement forcé ; la mort a été le résultat de cette compression. Toutefois, les recherches de M. le Prof. Lannelongue sur la tuberculose vertébrale ont montré que la mort subite se produit seulement quand les os ou les ligaments sont détruits, par la tubercule, par exemple, et l'on sait que le rhumatisme ne produit pas de pareils effets. Le chirurgien devra néanmoins agir avec prudence et avoir toujours présent à l'esprit la possibilité de ce redoutable accident.

Le manuel opératoire sera le même que celui indiqué précédemment. Cependant si, pendant les tentatives de redressement, on s'apercevait que la résistance à vaincre est trop grande, mieux vaudrait se contenter de corriger à moitié la déviation, et d'immobiliser la tête, quitte à recommencer plus tard une nouvelle tentative, plutôt que de risquer de compromettre la vie de l'enfant par des tentatives brutales. Ce danger sera d'ailleurs d'autant moins à craindre que la maladie sera plus près de son début, et que, par conséquent, les adhérences fibreuses seront moins nombreuses et moins résistantes.

L'appareil plâtré doit rester en place 2 ou 3 mois ou plus si l'on craint que la déformation ne se reproduise. Après l'avoir enlevé on essaiera de mobiliser la tête, afin de rétablir peu à peu tous les mouvements. C'est alors seulement que les différents

moyens thérapeutiques préconisés, le massage, l'électrisation des muscles atrophiés, sont appelés à rendre des services.

Lorsqu'on se trouve en présence de cas très anciens avec rétraction très prononcée du sterno-cléido-mastoïdien, la ténotomie devra précéder l'application de l'appareil plâtré, mais on devra toujours s'être assuré au préalable, par des tentatives de redressement, que la tête ne peut être replacée dans une position convenable sans avoir recours à une opération.

OBSERVATIONS

Observation I (*Inédite*).

La nommée Alice S. 12 ans, vient se présenter à la consultation de l'hôpital des Enfants Malades le 18 avril 1901.

Elle est atteinte d'une attitude vicieuse de la tête qui place cette tête dans la position habituelle du torticolis : inclinaison de la tête du côté gauche, rotation de la face du côté opposé. Cette petite fille a eu une enfance relativement bonne et dans ses antécédent on ne note qu'une rougeole à l'âge de 7 ans. Elle a deux frères et une sœur bien portants ; et n'a pas perdu de frère ou de sœur en bas âge.

La mère qui amène l'enfant a été consulter un médecin en ville qui lui a conseillé de venir à l'hôpital et d'y laisser sa fille pour qu'une section d'un tendon du cou lui fût faite. Au premier abord, en effet, la petite malade a bien l'aspect du torticolis dit musculaire. Elle est examinée par M. le Prof.

Lannelongue. Les commémoratifs éliminent immédiatement l'hypothèse d'un torticolis congénital ou obstétrical. Elle est née d'une façon normale, par le sommet (3[e] grossesse de la mère), l'accouchement a été rapide. Toute sa première enfance a paru normale, la mère affirme que jusqu'à ces derniers temps elle avait la tête et le cou comme tout le monde. Jamais on ne s'était aperçu que sa tête fût déviée ou qu'elle ait plus de peine à la tourner d'un côté. Interrogée d'une façon précise par M. le professeur Lannelongue, la mère se rappelle que l'enfant, à l'âge de 8 ans, a eu des douleurs articulaires ; elle a été couchée trois semaines pour un rhumatisme articulaire très douloureux et fébrile, plus particulièrement localisé dans le genou gauche. Mais rien ne permet de supposer que les articulations vertébrales aient été prises à ce moment.

L'enfant s'est rétablie complètement. Aucune trace ne lui est restée de ce rhumatisme. Son cœur est normal. Du reste, elle appartient à une famille arthritique. Le père, ouvrier plombier, a eu à plusieurs reprises des lumbagos ; la mère a souvent des douleurs articulaires ; la grand'mère, âgée de 70 ans, a les pieds si déformés que la marche lui est presque impossible

Le début de cette affection, ajoute la mère, remonte à deux mois. L'enfant se relevait d'une indisposition fébrile qui l'avait retenue une dizaine de jours au lit. Elle avait eu une assez forte fièvre, des douleurs dans les membres et surtout dans le cou, qui était très sensible, l'enfant ne pouvait pas tourner la tête. Le médecin appelé avait diagnostiqué une grippe. Au bout de deux semaines la fièvre était tombé, on avait fait lever

l'enfant, mais on avait constaté qu'elle avait de la peine à tenir sa tête droite et petit à petit cette tête s'était abaissée et déviée.

A l'heure actuelle, on constate les attitudes décrites, plus haut.

Si on examine la région antérieure du cou, on remarque que le sterno-cléido-mastoïdien gauche est dur, tendu, contracté, surtout son chef cléido-occipital. Le trapèze paraît n'être le siège d'aucune contracture.

Si on essaie de faire exécuter des mouvements spontanés à l'enfant on est frappé par ce fait que tous les mouvements latéraux même ceux qui exagèrent l'attitude vicieuse, sont tellement douloureux qu'ils sont presque impossibles. Les mouvements de flexion sont un peu plus développés mais très limités encore.

La pression faite sur le sterno-cléido-mastoïdien gauche saisi entre l'index et le pouce ne provoque aucune douleur, quel que soit le siège où on la produit. Au contraire, lorsque l'on appuie même légèrement sur les apophyses transverses des vertèbres cervicales, on réveille une sensation très douloureuse. Toutefois les dernières vertèbres, cinquième, sixième et septième, paraissent presque complètement insensibles.

Les mouvements provoqués sont tous douloureux, mais à des degrés différents ; les plus pénibles, ceux qui arrachent des cris à l'enfant, sont ceux qui tendent à redresser la tête.

En présence de ces symptômes, M. le professeur Lannelongue pose le diagnostic d'arthrite cervicale rhumatismale

ayant débuté par une phase aiguë prise pour une attaque de grippe et ayant passé à la phase chronique avec attitude vicieuse.

L'enfant est deux jours après endormie au chloroforme. La réduction se fait aisément ; les sterno-cléido-mastoïdiens n'étant plus contracté dans la résolution chloroformique. Une minerve est appliquée.

L'enfant est revue un mois après. On enlève la minerve, les mouvements sont encore douloureux mais beaucoup moins qu'avant l'immobilisation.

La palpation des apophyses transverses réveille encore une légère douleur. La minerve est replacée.

Observation II (*Inédite*).

Arthrite cervicale rhumatismale. — Redressement. Immobilisation (Hôpital des Enfants Malades. — Service de (M. le Prof. Lannelongue).

Germaine X***, âgée de 10 ans et demi, couchée salle Bouvier, n° 15, entrée le 22 décembre 1900.

Enfant jusqu'ici bien portante, n'a eu dans son enfance qu'une fièvre éruptive mal caractérisée, sans complications immédiates, sans suites éloignées.

Les antécédents héréditaires n'ont rien de particulier ; il ne semble pas y avoir de tuberculose dans la famille.

Au mois d'avril 1900, aux environs de Pâques, l'enfant a été prise soudain, après un refroidissement très passager, de douleurs articulaires généralisées. Elles ont débuté par un des poignets et ont envahi successivement les grandes articulations pour atteindre en dernier lieu la colonne cervicale. Les douleurs ont disparu en deux semaines dans les membres, mais sont restées fixées dans le cou et la tête. A cette époque l'enfant se souvient parfaitement que sa tête était inclinée sur l'épaule droite sans rotation de la face du côté opposé.

Devant la persistance de cette attitude et des douleurs rachidiennes, l'enfant est amenée à la consultation de l'hôpital. Le traitement appliqué fut le redressement et l'immobilisation dans un corset plâtré minerve. Elle garde ce corset six mois et nous revient ces jours derniers, 22 décembre 1900.

Germaine est délivrée de sa minerve depuis 3 jours. La tête est dans la rectitude, ni fléchie, ni étendue, ni inclinée à droite ou à gauche. Elle est immobilisée dans cette attitude. Les muscles antéro-latéraux, les sterno-mastoïdiens font saillie comme deux cordes sous la peau, ils sont sensibles au palper. Les muscles postérieurs sont rigides. Aucun mouvement n'est possible.

Le symptôme douleur mérite toute notre attentino. Munie de son appareil, l'enfant ne souffre pas et ses douleurs, très vives aux début furent calmées, 48 heures après l'application de sa minerve. Le jour même où elle en fut délivrée elle ne souffrit pas, mais le lendemain le moindre mouvement redevint douloureux, et aujourd'hui, après 3 jours, l'intensité de la con-

tracture proportionnelle à l'intensité de la douleur nous indique le degré de la sensibilité articulaire.

Localement, à la palpation directe, le creux sous-occipital n'est pas sensible, les apophyses épineuses non plus. Le toucher pharyngien montre que la face antérieure des vertèbres cervicales hautes n'est pas douloureuse, mais latéralement et extérieurement la pression limitée à la base des apophyses transverses réveille une douleur atroce et ceci pour l'atlas, l'axis et les deux vertèbres sous-jacentes. Pour l'atlas, si nous prenons entre le pouce et l'index, comme dans une pince, ses deux masses latérales, nous réveillons une douleur.

L'exploration des régions péri-articulaires ne montre ni empâtement péri-osseux, ni hypertrophie ganglionnaire dans la nuque ou le cou.

L'attitude générale de la malade résulte de cette immobilisation cervico-crânienne ; elle semble de bois ; se retourne tout entière à notre appel ; se baisse tout d'une pièce pour ramasser un objet à terre et la mobilité extrême de ses yeux supplée, dans la mesure du possible, à l'immobilité de sa tête et de son cou. — Son appréhension est telle qu'elle redoute tout contact, toute approche même qui pourrait l'ébranler.

L'examen général de l'enfant ne nous révèle aucune autre lésion, aucun trouble fonctionnel.

L'examen clinique nous révèle donc manifestement une polyarthrite rachidienne cervicale ayant envahi les deux rangées d'articulations et, en plus, les articulations supérieures et inférieures de l'atlas.

C'est une arthrite banale, rhumatismale ; nous en trouvons la preuve dans le début aigu de l'affection, début fébrile, polyarticulaire. La localisation rachidienne vient après d'autres, premières en date ; mais si les autres n'ont été que passagères, disparaissant ici pour reparaître plus loin avec cette allure fluxionnaire, spéciale du rhumatisme, la localisation rachidienne a été plus tenace.

Observation III (*Inédite*).

Arthrite cervicale rhumatismale. — (Hôpital des Enfants Malades. — Service de M. le Prof. Lannelongue).

Lucie..., 9 ans ; a eu la scarlatine il y a deux mois. Au cours de sa fièvre éruptive est apparue une polyarthrite rhumatismale qui, ayant débuté dans les membres, s'est localisée en deuxième étape dans la tête et le cou.

L'attitude est un véritable torticolis ; la tête est inclinée sur l'épaule gauche, mais la face est tournée du côté opposé. C'est pour cette attitude même que la malade nous est amenée.

Les muscles cervicaux gauches sont contractés, douloureux ; la tête est inclinée à gauche. Les muscles postérieurs semblent, eux aussi, tendus, rigides. — La douleur à la pression existe sur les parties latérales du rachis mais du côté gauche presque exclusivement, depuis la troisième jusqu'à la sixième pièce cervicale. A droite, la base du

transverse est aussi douloureuse mais à un degré bien moindre.

Au niveau de l'atlas et de l'axis, la pression ne provoque pas une réaction douloureuse très nette, mais si nous faisons manœuvrer la tête par rotation dans l'articulation sous-atloïdienne, par flexion ou extension dans l'article sous-occipital, nous réveillons une douleur brusque, intense. Les articulations sous-occipitales participent donc à l'affection l'une et l'autre.

L'examen clinique nous révèle manifestement une arthrite cervicale ayant envahi les articulations supérieure et inférieure de l'atlas ; à ce point de vue, c'est donc une arthrite sous-occipitale.

C'est une arthrite rhumatismale, ainsi que le prouve le début aigu fébrile de l'affection et sa localisation rachidienne, survenant après d'autres manifestations articulaires passagères, alors que celle-ci est tenace.

Observation IV

Arthrite cervicale d'origine rhumatismale. Traitement par le jaborandi. Guérison complète (Robin et Londe. — *Revue de Médecine*, — 1894).

Gaston L..., âgé de onze ans. Il y a huit jours, cet enfant bien portant se plaignit de mal de tête frontal. Il avait

beaucoup joué pendant la journée et avait peut-être pris froid ensuite. Le lendemain matin, en se réveillant, il avait un torticolis (7 avril). Aujourd'hui (11 avril), l'attitude de la tête est la même qu'au début. D'ailleurs là s'est bornée la maladie de l'enfant.

Aujourd'hui, il se présente la tête inclinée en flexion latérale gauche, avec rotation à droite et légère flexion en avant.

La position de la tête n'est pas commandée par la contraction d'un seul muscle. En effet, à l'inspection deux muscles font saillie : la partie supérieure du trapèze droit et le sterno-cléido-mastoïdien du même côté. Du côté gauche du cou, il n'existe aucune corde musculaire tendue appréciable soit à la vue, soit au toucher. La position de la tête est la suivante : 1° inclinaison latérale gauche bien marquée ; 2° légère rotation à droite ; 3° légère flexion en avant. La face était donc tournée du côté opposé à l'inclinaison latérale.

A la palpation, une première chose frappe, c'est que les muscles en contraction ne sont pas douloureux. Il y a deux moyens de réveiller la douleur : la pression profonde et les mouvements provoqués.

L'exploration de la ligne épineuse montre nettement que les interlignes vertébraux deviennent douloureux à partir de la 5e vertèbre cervicale. Le maximum de douleur siège vers la région moyenne. L'exploration des parties latérales de la ligne épineuse montre : 1° que les interlignes articulaires sont douloureux des deux côtés ; 2° que la douleur est plus vive du côté droit. Cette douleur n'est réveillée, nous le répétons, que par la pression profonde. Le trapèze droit qui fait

saillie dans son tiers supérieur n'est nullement douloureux par lui-même. Le trapèze gauche non plus n'est pas douloureux.

Enfin, quand on cherche à provoquer des mouvements de la colonne cervicale, chose facile malgré la résistance relative du malade qui se défend, on voit : 1° que la douleur est surtout exaspérée sur les parties latérales, particulièrement du côté opposé à l'inclinaison de la tête : 2° que l'on peut relâcher par le redressement de l'attitude vicieuse le trapèze et le sterno-mastoïdien droit contractés dans cette attitude. De toutes ces considérations nous croyons pouvoir conclure qu'il s'agit là d'une affection articulaire, parce que la douleur siège au niveau des articulations, surtout du côté droit, et que l'attitude vicieuse n'est pas expliquée par une affection purement musculaire. Les muscles que nous avons vus contractés ont en effet pour fonctions de mettre la tête dans une position précisément contraire à celle qui existe.

Ce torticolis est compliqué d'une attitude vicieuse du tronc lui-même. Le malade immobilise dans une certaine mesure sa colonne vertébrale dans les mouvements d'ensemble du corps ; de plus, l'épaule droite est abaissée et un peu proéminente ; enfin la colonne dorso-lombaire offre une courbure à concavité droite. Cette courbure peut être considérée comme une courbure de compensation de la courbe cervicale. Nous avons vu en effet, que la tête est inclinée à gauche. Cette inclinaison gauche de la tête entraîne une courbure cervicale à concavité gauche.

L'immobilisation du tronc n'existe que pour les mouve-

ments qui risqueraient d'imprimer une ébranlement à la colonne cervicale, par exemple dans la flexion du tronc en avant. Quant aux mouvements de rotation ou de torsion du tronc dans la position verticale, ils sont relativement bien conservés ; cela prouve que la colonne vertébrale n'est pas atteinte dans son ensemble, mais seulement dans la région qui est, en somme, la plus exposée au froid.

Il n'existe pas de contraction localisée à l'un des muscles du dos. Pourtant les muscles spinaux sont forcément dans un état de contraction permanente, surtout ceux de la gouttière vertébrale droite, et cette contraction entraîne une légère sensibilité à ce niveau. S'ils sont contractés, ce n'est que pour retenir la tête entraînée dans cette attitude vicieuse ; celle-ci serait simplement l'attitude de la moindre douleur, et l'inclinaison se ferait dans un sens ou dans l'autre, suivant que la douleur serait prédominante à droite ou à gauche.

Ce torticolis d'origine articulaire doit être rapporté, croyons-nous, à la diathèse rhumatismale, car notre sujet est d'une bonne santé habituelle : il n'y a pas à soupçonner chez lui le mal de Pott, malgré les quelques ganglions que nous trouvons dans la région cervicale, surtout à droite. Nous avons vu que c'était à droite que la malade souffrait davantage.

D'autre part, l'affection est récente et coïncide avec un état saburral, indice d'une affection aiguë et passagère. D'ailleurs, pas de troubles gastro-intestinaux autrement marqués.

Dans les antécédents du petit malade nous trouvons le rhumatisme. Le père de l'enfant, qui a 60 ans, a eu déjà deux attaques de rhumatisme articulaire aigu. La première à 40 ans

a duré 3 mois. Il aurait eu des complications cardiaques.

La mère, qui a 50 ans, est bien portante.

L'enfant est donc né de parents déjà vieux.

Mais à part une rougeole légère nous ne trouvons rien à signaler. Il est le dernier d'une famille de 5 enfants. Les deux aînés sont morts, du croup en bas âge ; l'avant-dernier est mort de phtisie à 17 ans. Une fille reste bien portante.

L'enfant a pris 1gr. 50 de feuilles de jaborandi en infusion (après macération dans l'alcool) à jeun, le matin du 12 avril (6 heures du matin) ; en se réveillant, il allait aussi mal que la veille. Dès midi il se sentait mieux et était plus libre dans ses mouvements. Il se leva environ 1/2 heure ; il transpira, mais moins. Le lendemain matin, 13, il était presque complètement guéri. La douleur locale était plus difficile à provoquer ; on ne l'obtenait que par une pression profonde au niveau des articulations vertébrales ou par un mouvement étendu de flexion, de rotation ou d'inclinaison. Mais le malade pouvait faire d'assez amples mouvements spontanés, il riait et se tournait facilement. La déviation vertébrale avait presque complètement disparu.

La contracture du sterno-mastoïdien et du trapèze droit n'était plus apparente. Les deux sterno-mastoïdiens étaient également tendus. Il ne restait qu'un peu d'inclinaison de la tête à gauche.

Vers le 20 avril, attaque de rhumatisme articulaire aigu ; les genoux, les cous-de-pied sont pris ainsi que la partie moyenne et inférieure de la colonne vertébrale. Le

malade ne peut s'asseoir dans sont lit. Le torticolis d'ailleurs a disparu. Rien au cœur.

23 avril. — Jaborandi (1gr. 50)

24 avril. — Légère amélioration. Fluxion articulaire assez prononcée aux membres inférieurs. Le poignet et le coude gauche sont un peu douloureux.

25 avril. — Amélioration très notable.

27 avril. — Troisième dose de jaborandi.

29 avril. — Amélioration considérable. Traitement : sirop d'iodure de fer à cause de l'anémie post-rhumatismale.

3 mai. — Le malade est tout à fait bien quant à ses jointures ; mais il a fait une poussée de purpura sur la face interne de la moitié inférieure de la jambe de chaque côté.

Observation IV (*Inédite*).

Arthrite cervicale rhumatismale. Hôpital des Enfants Malades. — Clinique de M. le Prof. Lannelongue.

Le petit malade que vous avez sous les yeux a éprouvé, un matin en se réveillant, il y a 10 ou 12 jours, une douleur assez vive du côté du cou ; au dire de la mère, il penchait alors la tête à gauche, de telle sorte qu'elle touchait presque l'épaule corespondante. En même temps il a eu un peu de

fièvre, de la céphelalgie, les amygdales étaient un peu gonflées ; il a gardé le lit un seul jour, ces phénomènes généraux ayant peu duré.

En ce moment la tête est inclinée du côté de l'épaule gauche, le menton est tourné du côté opposé ; la face présente une asymétrie notable ; du côté gauche la joue est plus aplatie, la narine est plus petite, l'ensemble paraît plus court que du côté opposé.

Si on a la précaution d'empêcher le thorax de remuer, de compenser les mouvements (et ce point dans l'examen du malade a une importance capitale) on remarque que l'enfant ne peut plus placer spontanément sa tête d'aplomb.

Les mouvements de rotation, de flexion et d'extension de la tête sont intégralement conservés, mais l'amplitude des mouvements de flexion latérale est très diminuée. Alors que normalement la tête arrive presque à toucher l'épaule du côté correspondant, il est impossible à l'enfant de pencher sa tête à droite, il peut légèrement l'incliner vers la gauche. En examinant les régions latérales du cou, quand la tête est immobile, on voit que le sterno-cléido-mastoïdien gauche (du côté de la déviation de la tête) est dans le relâchement; il est déjà un peu atrophié. Le sterno-cléido-mastoïdien droit, au contraire, est tendu et forme une corde sous les téguments. Les muscles ne provoquent donc pas l'attitude vicieuse.

En explorant les parties latérales du cou par la méthode des pressions localisées, dans la partie inférieure du côté droit, on réveille une douleur, et à ce même niveau on perçoit

des craquements lorsqu'on tente de redresser la tête.

Le mouvement fébrile qui s'est produit il y a quelques jours, la douleur que l'on réveille encore à la pression au niveau de l'articulation des apophyses articulaires droites des 4ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ vertèbres cervicales, le facies pâle, anémique, de cet enfant, caractérisent une attaque subaiguë de rhumatisme, localisée dans les articulations des vertèbres cervicales inférieures, attaque peu douloureuse accompagnée d'une déformation peu considérable.

Observation V

Rhumatisme cervical

Redressement forcé. — Immobilisation. — Guérison. (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1878). — Citée par Grancher.

Coquard (Marie-Françoise), née à Villechenève (Rhône), âgée de 10 ans, entre à la Charité (salle Sainte-Amélie, nº 31) le 26 juillet 1875. Il y a huit mois cette jeune fille, bien portante jusque-là, fut atteintte de douleurs rhumatismales localisées aux jambes, puis à la région cervicale postérieure. Elle a dû garder le lit deux mois, après lesquels la convalescence fut rapide ; mais déjà la tête s'était infléchie à gauche, la face tournée à droite. Elle est atteinte depuis six mois de torticolis permanent.

A son entrée à la Charité, on constate la déviation indiquée ; les mouvements provoqués sont très douloureux et limités. Le sterno-mastoïdien gauche fait une saillie légère mais n'est pas rétracté d'une façon permanente. Le trapèze est contracturé ; une douleur se produit sur les parties latérales de la 3e vertèbre cervicale dans les efforts de redressement.

Le 30 juillet, anesthésie ; massage ; redressement progressif; application d'un bandage silicate, en donnant à la tête une position opposée.

Le 6 octobre on enlève l'appareil. La tête et la face sont dans une bonne direction ; les mouvements volontaires, un peu gênés, il est vrai, s'exécutent dans tous les sens. Aucun appareil n'est appliqué. L'enfant reste dans le service en surveillance.

Le 12, les mouvements ont perdu leur gaucherie ; l'attitude est bonne ; l'enfant peut être considérée comme guérie.

Le 15, la guérison s'est maintenue. L'attitude et les mouvements ne laissent rien à désirer.

Observation VI

Arthrite cervicale rhumatismale (Grancher. — *Bulletin médical* (1888)

Jeanne D..., âgée de 12 ans, couchée au n° 22 de la salle

Sainte-Geneviève. Nous ne relevons rien d'important dans ses antécédents héréditaires, si ce n'est que son père est mort il y a quatre ans des suites d'un rhumatisme articulaire aigu.

L'affection qui amène la petite malade à l'hôpital a débuté il y a 3 semaines par de la toux, de la fièvre et une vive douleur au niveau de la nuque. Un médecin appelé pense avoir affaire à un mal sous-occipital, prescrit de l'huile de foie de morue et porte un pronostic très sérieux. Fort inquiète, la mère vient nous consulter et la fillette est admise dans le service le 4 avril.

L'enfant est superbe, bien venue, vigoureusement musclée. Nous remarquons tout d'abord l'attitude assez singulière de sa tête. Celle-ci, en effet, est inclinée en bloc sur l'épaule gauche, sans qu'il y ait rotation du côté opposé, comme cela se voit dans le torticolis du sterno-cléido-mastoïdien. L'épaule gauche est abaissée; l'épaule droite, au contraire, élevée. Tout mouvement de la tête est impossible à cause des très vives douleurs qu'il provoque.

En explorant avec soin la région cervicale nous constatons qu'il existe à la pression une douleur extrêmement vive, localisée au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales, de la neuvième à la septième. La douleur existe aussi très accusée sur les parties latérales lorsque la pression s'exerce sur les apophyses transverses de la colonne cervicale. Au contraire, la pression des muscles est indolore, qu'il s'agisse du sterno-mastoïdien, du trapèze ou des muscles latéraux. Toutefois, il existe un certain degré de contracture des muscles du côté gauche, mais cette contracture n'est qu'apparente.

Il suffit, en effet, de placer la petite malade dans le décubitus dorso-horizontal (la tête et le cou étant bien appuyés et immobilisés) pour voir immédiatement les muscles se relâcher. Mais dès le moindre mouvement, dès la moindre douleur, dès surtout que la malade, en se relevant, passe de la position horizontale à la position assise, la contracture reparaît.

L'examen détaillé des autres articulations nous permet de remarquer en même temps que la première articulation phalangienne du médius droit est tuméfiée et douloureuse à la pression ; de même aussi, l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, l'annulaire et la troisième articulation phalangienne de l'index du côté droit sont douloureuses, un peu gonflées. — Les articulations métacarpo-phalangiennes du médius et de l'index de la main gauche sont également touchées. Rien aux autres jointures, si ce n'est un peu de douleur au niveau du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

L'examen du tube digestif, celui de l'appareil respiratoire ne donnent que des résultats satisfaisants. En revanche, en examinant le cœur, on trouve par la palpation, un peu au-dessus de la pointe qui bat dans le quatrième espace intercostal, un léger frémissement cataire, et l'auscultation révèle l'existence à la pointe d'un souffle systolique très intense se propageant vers l'aisselle et dans le dos. Le pouls est régulier ; la température prise dans le rectum atteint 38°,8.

Après cet examen nous n'avons pas cru, comme notre confrère, devoir porter le diagnostic de mal sous-occipital et nous avons conclu qu'il s'agissait là d'un rhumatisme

articulaire subaigu à détermination principale du côté de la colonne cervicale, lequel, malgré son peu d'intensité et le petit nombre d'articulations envahies, s'était compliqué d'une endocardite mitrale.

OBSERVATION VIII

Arthrite cervicale. — Chloroformisation. — Redressement. — Immobilisation. — Guérison. Cadet de Gassicourt. (Cliniques — Cité par GRANCHER).

Je soignais, il y a quelques années, une fillette d'une dizaine d'années qui était atteinte d'un torticolis rhumatismal, dans lequel les articulations des vertèbres cervicales et le muscle sterno-clédo-mastoïdien étaient également touchés. Au début, le rhumatisme très subaigu suivait une marche normale et ne m'inspirait aucune inquiétude. Mais malgré l'emploi de tous les moyens usités en pareil cas, je m'aperçus au bout d'une quinzaine de jours que la raideur du cou allait chaque jour en augmentant et que la tête penchait de plus en plus vers l'épaule droite. Cependant, la fièvre, qui n'avait jamais été très vive, était tout à fait tombée, quoique les vertèbres continuassent à être légèrement sensibles à la pression et que la moindre tentative de redressement fut rendue impossible par l'acuité de la douleur. Les douches sulfureuses, les vésicatoires ne donnaient aucun

résultat ; la cautérisation ponctuée, conseillée par mon maître Barthez que j'avais appelé en consultation, avait complètement échoué. J'étais fort inquiet et je me demandais si la lésion était restée limitée aux articulations et si les vertèbres elles-mêmes n'étaient pas profondément atteintes. Pourtant la marche de la maladie, le torticolis persistant, l'absence d'empâtement autour des vertèbres et d'abcès migrateurs ou de voisinage, l'intégrité des membres supérieurs et inférieurs, l'état général excellent, tout me faisait repousser l'idée d'une carie vertébrale.

Les jours passaient cependant et six semaines s'étaient écoulées depuis le début de la maladie ; pendant ce temps, les vertèbres avaient cessé d'être douloureuses mais le muscle restait contracturé.

Pour savoir si l'obstacle au redressement de la tête siégeait dans les vertèbres ou dans le muscle, j'endormis l'enfant par le chloroforme. A peine le sommeil était-il complet qu'il me fut facile de vaincre la résistance du muscle et je reconnus que je pouvais fléchir et tourner le cou dans tous les sens sans la moindre difficulté. Je résolus alors d'appliquer autour du cou un collier dit minerve, comme dans le mal de Pott cervical, de manière à maintenir la tête après l'avoir redressée. Au bout de 15 jours d'application la résistance du muscle était vaincue et l'enfant guéri. Le procédé n'est pas nouveau, mais il est efficace ; je vous le recommande en pareille circonstance.

Observation IX (*Résumée*).

Arthrite cervicale d'origine rhumatismale. — Redressement suivi d'immobilisation. — Guérison complète. (Broca. — *Bulletin médical*, 1894).

G... Jeanne, 12 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 11 janvier 1894, salle Giraldès.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique. — Mère bronchitique, a eu plusieurs abcès dans les oreilles pendant son enfance.

Grand'mère rhumatisante.

Tante du côté paternel très rhumatisante, a eu pendant toute sa vie des douleurs dans les membres et dans les oreilles.

Antécédents personnels — Depuis l'âge de 3 ans elle a toujours plus ou moins souffert de l'oreille gauche. A 9 ans, abcès de l'oreille droite. — L'affection a débuté il y a 3 semaines. La malade a été prise au milieu de la nuit d'une douleur très vive dans le côté droit du cou. En même temps raideur de la tête, à laquelle la malade ne peut imprimer aucun mouvement.

Pendant les jours suivants la raideur musculaire et la douleur se manifestent tantôt à droite, tantôt à gauche. L'enfant souffre de l'oreille gauche.

C'est seulement 4 jours avant de venir à la consultation

que la douleur et la raideur musculaire ont paru se localiser définitivement du côté gauche.

Le 4 décembre, la petite malade est amenée à la consultation de l'hôpital Trousseau. Elle souffre seulement de l'oreille gauche et du cou du même côté. Cette oreille est saine. La région mastoïdienne est indolore des deux côtés.

La tête est inclinée du côté gauche avec torticolis, la face regardant à droite. La pression sur les masses musculaires du côté gauche exaspère la douleur. La pression sur les os et les articulations provoque de la douleur. Il en est de même des mouvements spontanés ou communiqués. La partie latérale droite de la colonne cervicale est convexe en arrière et à droite. En limitant les pressions on arrive à localiser les lésions dans les articulations latérales droites des 3e et 4e cervicales.

Le diagnostic porté est celui d'arthrite cervicale rhumatismale. M. Broca se contente d'ordonner l'enveloppement ouaté du cou.

Au bout de 10 jours, l'enfant est ramenée en voie d'aggravation. Les douleurs étaient plus vives, la déviation cervicale plus accentuée.

Le 11 janvier 1894, la malade est admise salle Giraldès. — Ce jour même, après redressement sous le chloroforme, un appareil plâtré fut appliqué, prenant la voûte du crâne et le cou afin de maintenir la tête en bonne position.

Pendant quelques jours, tout en restant apyrétique (la température n'a jamais dépasé 37°, 6) l'enfant continua à souffrir.

Mais bientôt les symptômes s'amendèrent, puis l'indolence devint parfaite.

Néanmoins l'immobilisation fut prolongée de propos délibéré et l'appareil ne fut enlevé que le 29 avril, après être resté en place 3 mois 1/2.

Le même jour, l'enfant quitte l'hôpital parfaitement guérie. L'attitude de la tête est bonne. Les muscles ne sont ni atrophiés ni contracturés. Les mouvements ont recouvré leur étendue normale. Il n'y a de douleur ni à la pression ni dans les mouvements.

OBSERVATION X

Arthrite cervicale rhumatismale moyenne. Extension continue. Guérison (HUMEAU, *Thèse de Paris*, 1896).

F... Joséphine, âgée de 18 ans 1/2, entre à l'hôpital Trousseau le 23 juillet 1894, dans le service de M. Broca, salle Giraldès.

Mère morte tuberculeuse. — Père rhumatisant a eu une pleurésie il y a 6 ans. S'enrhume facilement.

L'enfant a eu la rougeole à l'âge de 3 ans. A la suite, elle a été prise d'une coqueluche très forte qui a duré plusieurs mois. Elle s'enrhume facilement.

Le 13 juillet au soir, elle se plaint de douleurs dans le cou avec de la fièvre. Son père lui fait des frictions à l'alcool camphré et lui met de la teinture d'iode.

A son entrée à l'hôpital, le 23 juillet, la malade se présente avec la tête immobilisée en torticolis. La tête est légèrement fléchie, inclinée sur l'épaule droite, et le menton tourné à gauche.

Les mouvements sont douloureux et limités par la contracture musculaire.

La pression sur les masses latérales gauches des vertèbres cervicales moyennes, cause une vive douleur.

Il n'y a pas d'empâtement autour des articulations vertébrales. Les ganglions cervicaux ne sont pas engorgés. La température monte à 38°,2, le soir de son entrée à l'hôpital.

On la soumet à l'extension continue.

Le 29 juillet, la malade sort de l'hôpital complètement guérie. La difformité est parfaitement redressée. Tous les mouvements s'exécutent facilement, sans douleur. La pression sur la colonne cervicale est indolente.

Observation XI

Torticolis par arthrite cervicale rhumatismale. — Extension continue. — Guérison. — (Humeau. — *Thèse de Paris*, 1896.)

Jeanne C..., âgée de 7 ans.

Pas d'antécédents héréditaires notables.

Antécédents personnels. — A toujours été souffreteuse

dans sa première enfance. Elle a eu plusieurs fois des fluxions de poitrine. Il y a quelques mois, rougeole compliquée de broncho-pneumonie.

Le 25 mai, pour la première fois, on commence à s'apercevoir que sa tête se dévie. Mais c'est surtout le dimanche 1er juillet que l'attitude vicieuse devient manifeste. La malade se plaint alors de douleurs vives dans la nuque et dans les oreilles.

Le 4 juillet, la malade entre à l'hôpital Trousseau. La tête est inclinée sur l'épaule droite et fléchie : la face regarde vers la gauche. L'attitude est exactement celle produite par le sterno-mastoïdien droit contracturé.

L'enfant accuse des douleurs vives dans la nuque et dans les oreilles.

La pression, la percussion des apophyses mastoïdes ne détermine aucune souffrance. Mais il existe un point douloureux intense au niveau des apophyses transverses des 4e et 5e vertèbres cervicales.

A la palpation on trouve des ganglions profonds dans la région du sterno-cléido-mastoïdien droit. La petite malade est soumise le jour même de son entrée à l'extension continue avec un poids de 1 kilogramme.

Le 5 juillet, il s'est déjà produit une amélioration notable.

Le 6 juillet. La tête est maintenant bien droite. Les douleurs ont disparu au niveau des apophyses transverses des 4e et 5e vertèbres cervicales. La tête est mobile.

Le 19 juillet, la malade quitte l'hôpital parfaitement guérie. Il n'y a aucune déviation. Les mouvements sont

indolents et ont leur étendue normale. Il reste encore un ganglion gros comme un haricot le long du sterno-cléido-mastoïdien droit. Il n'est pas douloureux.

Observation XII

Torticolis par arthrite rhumatismale. — Extension continue.
(Humeau. — *Thèse de Paris*, 1896.)

F... Emile, âgé de 4 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

Pas d'antécédents personnels.

La maladie remonte à 3 jours. La mère s'était alors aperçue que son enfant avait de la fièvre et présentait un léger torticolis. L'enfant n'avait pas pris froid ; la cause de la maladie est inconnue.

Le 20 août 1894, l'enfant est amené à la consultation de l'hôpital Trousseau. La tête est inclinée à droite, le menton regardant à gauche. Elle est immobilisée dans cette position par la douleur que réveillent les moindres mouvements spontanés ou provoqués. Il n'y a pas de contracture du sterno-cléido-mastoïdien.

Le malade accuse une vive douleur à la pression sur les masses latérales du côté gauche de la partie moyenne de la colonne cervicale. La même douleur est réveillée si on presse

avec le doigt introduit dans la bouche sur la partie postérieure du pharynx.

La palpation ne révèle ni empâtement articulaire, ni gonflement des ganglions cervicaux. — L'état général est bon ; il n'y a pas de fièvre.

On soumet le malade à l'extension continue. — Le 23 août 1894, l'état est très amélioré. Le malade tient correctement sa tête. Il la meut dans toutes les directions. Toutefois, le mouvement d'extension en arrière est encore un peu limité. Le malade fait alors agir sa colonne dorsale. Il n'y a plus de douleur à la pression des vertèbres cervicales sur leurs masses latérales gauches.

Le malade est donc presque complètement guéri lorsqu'il quitte l'hôpital le 24 août 1894.

CONCLUSIONS

1° Les observations publiées jusqu'à ce jour sous le nom de torticolis musculaire rhumatismal ne permettent pas d'attribuer d'une façon certaine à une lésion des muscles du cou les symptômes décrits par la clinique. Un très grand nombre d'observations plus complètes démontrent, au contraire, que dans les affections de ce genre, certaines articulations des vertèbres entre elles sont le siège d'arthrites sans doute rhumatismales. Il convient donc, au moins jusqu'à plus ample informé, de substituer à la description du torticolis musculaire rhumatismal, celle de l'arthrite cervicale rhumatismale. Cette opinion, soutenue par M. le Prof. Lannelongue en 1894, a reçu depuis l'appui de MM. Robin, Marfan, Grancher et et Broca.

2° Cette affection débute toujours par une phase aiguë (arthrite aiguë rhumatismale) qui laisse après elle des déformations osseuses, des attitudes vicieuses, et se complique même quelquefois de rétractions musculaires tendineuses.

3° Passée à la période de chronicité, elle présente

dès lors un complexus symptomatique, dont l'attitude vicieuse et les rétractions des muscles sont les lésions les plus apparentes, ce qui explique la théorie musculaire longtemps en faveur.

4° Dans la phase aiguë le diagnostic est en général facile.

5° Dans la phase chronique, les commémoratifs devront être minutieusement recherchés, afin de reconnaître l'existence de la première période aiguë de l'affection. Il conviendra également d'établir un diagnostic souvent délicat entre cette arthrite rhumatismale, les autres sortes de torticolis et le mal de Pott.

6° Le pronostic de l'arthrite cervicale rhumatismale étant assombri par les déformations et les attitudes vicieuses ultérieures, il conviendra, toutes les fois que les symptômes seront suffisamment accentués, de lui opposer d'abord un traitement immobilisateur en bonne position. La médication interne, identique à celle des autres affections rhumatismales, complètera utilement le traitement.

Vu par le Président de la thèse,
A. LE DENTU.

Vu, le doyen :
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Broca. — *Bulletin médical*, 1894.

Besnier. — Article Rhumatisme. *Dictionnaire Dechambre.*

Bouquerel. — *Thèse de Paris*, 1866.

Bonvier. — Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.

Claisse. — *Thèse de Paris*, 1864.

Couillard Labonnote. — *Thèse de Paris*, 1869.

Dally. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1875.

— *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1875.

De Saint-Germain. — *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1876.

Delore. — *Gazette hebdomadaire*, 1878.

Depaul. — *Thèse d'agrégation*, Paris, 1844.

Grancher, — *Traité général des maladies des enfants*, tome I, tome V.

Grancher, Comby, Marfan. — *Bulletin médical*, 1888.

Guersant. — *Bulletin général de thérapeutique*, 1866.

Humeau. — *Thèse de Paris*, 1896.

Lamy. — *Thèse de Paris*, 1895.

Lannelongue. — Leçons sur la tuberculose vertébrale.

— *Bulletin médical*, 1894.

— *Bulletin médical*, 1895.

— *Revue de médecine*, 1894.

Marfan. — *Revue de médecine*, 1894.

Musson. — *Thèse de Paris*, 1867.

Phocas. — Leçons cliniques de chirurgie orthopédique.

Picot. — *Thèse de Paris*, 1872.

Redard. — Le Torticolis et son traitement.

Robin et Londe. — *Revue de médecine*, 1894.

Souques. — Article hystérie *in Manuel de médecine*. Debove et Achard.

Boyer. — Imp. de la Faculté de Médecine, 15 rue Racine. Paris.